

# 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護

## 「デイサービスみやまき」重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

### 1. 当事業所の概要

#### (1) 事業主体の概要

事業者の名称	医療法人芳松会 デイサービスみやまき
事業者の所在地	京都府京田辺市三山木中央四丁目6番地6
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 小川純達
連絡先	TEL : 0774-63-6255 FAX : 0774-63-6256

#### (2) 事業所の概要

名称	デイサービスみやまき		
所在地	京都府京田辺市三山木中央四丁目6番地6		
電話番号	0774-63-6255		
管理者名	浅見 有紀		
事業内容	指定認知症対応型通所介護事業所		
定員	12名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴	送迎車	2台
サービス提供する対象地域	通常の事業の実施地域は、京田辺市全域とする		

### 2. 事業の目的と運営方針

#### (1) 事業の目的

医療法人芳松会が経営する指定認知症対応型通所介護事業所 デイサービスみやまき（以下、「事業所」という。）が行う指定認知症対応型通所介護の事業

(以下、「事業」という。)の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員(以下、「従事者」という。)が、要介護者及び要支援者に対し、適切な指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護を提供することを目的とします。

## (2) 運営の方針

- ① 指定認知症対応型通所介護事業所及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の従事者は、利用者が要介護状態及び要支援状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、常に利用者の立場に立った、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- ② 事業の運営にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村保険者、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスを供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

## 3. 当事業所の従事者体制

	常 勤	非常勤	計
管理者	1名 (生活相談員と兼務)		1名
生活相談員	2名 (管理者と兼務1名) (看護職と兼務1名)		2名
機能訓練指導員	1名 (看護職と兼務)	1名 (看護職と兼務)	2名
介護職員	2名		2名
運転手		2名	2名

## 4. 営業時間

営業日及び休業日	月曜日から土曜日までの毎日営業 日曜日・祝日 休業
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前8時45分から午後3時45分まで

## 5. サービスの提供

### (1) サービス内容

- ・食 事 (配食)
- ・入 浴 利用者の入浴または清拭を行います。利用者の体調に留意し、入浴時、更衣時には従事者が必要に応じた介助をいたします。
- ・排 泄 必要に応じ、利用者の排泄の介助をいたします。
- ・送 迎 原則として、ご自宅から事業所まで専用の送迎車でお送り致します。
- ・機能訓練 利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は、その低下を防止するための訓練を実施します。  
(ただし、利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行なう機能訓練に限ります。)
- ・生活相談 必要に応じて利用者・ご家族からの相談に応じ、関係機関のご紹介等適切な対応を心掛けます。

### (2) 認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画の作成

- ・事業者は、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえ、それぞれの利用者に応じた認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画を作成し通所計画を作成した後も当該計画の実施状況の把握に努めます。
- ・事業者は、認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画に機能訓練などの目標や目標達成のための具体的なサービスの内容等を記載します。
- ・事業者は、居宅サービス計画の内容に沿った認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画を作成します。
- ・事業者は、利用者及びご家族に対し、認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画の内容等について説明し、その同意を得た上で交付するものとします。

### (3) 認知症対応型通所介護計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画の変更

- ・事業者は次のいずれかに該当する場合には、認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行います。
- ① 利用者の心身の状況、その置かれている環境等により、当該計画を変更する必要がある場合。
  - ② 利用者、ご家族が認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型通所介護サービスの内容や提供方法等の変更を希望される場合。
- ・前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となった場合には、速やかに利用者の担当居宅介護支援事業者に連絡する等必要な援助を行います。
  - ・事業者は、利用者及びご家族に対し、認知症対応型通所介護計画又は介護予防認知症対応型通所介護計画の変更の内容等について説明し、その同意を得た上で交付するものとします。

## 6. サービスの利用料金

### (1) 利用料金の概要

#### ①介護保険サービス利用料

※地域加算 1単位：10.33円

#### ◆基準額 単独型 介護予防認知症対応型通所介護費：6時間以上7時間未満

介護予防認知症 対応型通所介護費	1日の基本費用	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	760単位	785円	1570円	2355円
要支援2	851単位	879円	1758円	2637円

#### ◆基準額 単独型

認知症対応型通所介護費：6時間以上7時間未満

認知症対応型 通所介護費	1日の基本費用	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	880単位	909円	1818円	2727円
要介護2	974単位	1006円	2012円	3018円
要介護3	1066単位	1101円	2202円	3303円
要介護4	1161単位	1199円	2399円	3598円
要介護5	1256単位	1297円	2595円	3892円

#### ◆サービス費（単位/日）

その他費用	1日の基本費用	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算（Ⅰ/Ⅱ）	1回40/55単位	41/57円	83/114円	124/170円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	1回27単位	28円	56円	84円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回22単位	23円	45円	68円
送迎を行わない場合	片道47単位減額	1回48円減額	1回97円減額	1回146円減額
介護職員処遇改善加算Ⅳ	利用料の12.2%加算			

#### ③ 介護保険サービス料金以外で1日にかかる費用

食費 常食（一口大） 軟菜食 ムース食 536円 おやつ代 130円

#### ④ おむつ代（実費）

#### ⑤ その他

\*（介護予防）認知症対応型通所介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担して頂くことが適当と認められる費用（実費）

\*区分支給限度額（保険給付額）を超えた利用は、全額利用者負担になります

## (2) 支払方法

月初めに前月分の請求書をお持ち致します。現金又は銀行振込又は預金口座振替にて、介護保険サービス利用料の自己負担分と食費、その他の自己負担分を合算した金額をお支払い下さい。入金確認の上、領収証を発行致します。

尚、領収証の再発行はできませんので大切に保管してください。

## 7. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、担当ケアマネジャーにご相談下さい。ケアマネジャーを通じて当事業所に申込み下さい。当事業所の従業員が利用者の家庭等を訪問させていただき利用者の心身の状況や生活環境等を把握させていただくための面接を行います。

利用契約を結び認知症対応型通所計画書又は、介護予防認知症対応型通所介護計画書を作成し、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの利用中止・変更・追加

① 利用者はサービス利用を中止又は変更される時は、できるだけ早めに直接あるいは居宅ケアマネジャーを通じて事業所にご連絡下さい。

② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日の利用中止となった場合は、キャンセル料を頂きます。

・利用予定日前日（15：00）までに申し出があった場合・・・無料

・利用予定日前日までに申し出がなかった場合・・・当日の食事料金

③ その他

以下の場合、事前に通知することにより、契約を終了させていただく場合があります。

・利用者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅滞し、料金の支払いを勧告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合。

・利用者が、正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合。

・利用者が入院もしくは病気等により、1ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合。

・利用者の精神状況が悪化し集団生活への参加に支障が生じた場合。

・他利用者または利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合。

## 8. 秘密保持の厳守について

### (1) 原則

業務上知り得た利用者及びご家族に関する事項を、第三者に決してもらしませ  
ん。これに関しては、利用者がサービスを中止された場合、従事者が退職した  
場合も同様の扱いとします。

### (2) 情報提供する場合

利用者が医療もしくは他の福祉サービス利用のため、居宅介護支援事業所をは  
じめとするサービス事業者への情報提供を実施する場合は、利用者及びご家族  
に文書により同意を得ることとします。

## 9. 個人情報の保護

### (1) 原則

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省  
が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのため  
のガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

### (2) 使用の目的

事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供  
以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については  
必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

## 10. 事故対策と損害賠償責任

サービス利用中に事故が発生した場合、下記の手順にて対応します。

- ① 事故が発生した場合、速やかに主治医、ご家族、管理者に連絡し、従事者と共に  
利用者の被害が最小限になるような対応を行います。
- ② 事故関係従事者は、利用者対応が収拾したら管理者に速やかに報告する。  
但し、事故にあった利用者が病院への緊急搬送を要する場合には、ご家族  
への連絡を最優先とします。
- ③ 「事故報告書」を直ちに作成し、上司、管理者へ提出
- ④ 管理者は内容を把握し、家族対応、保険者（京田辺市）への連絡、損害賠償保険  
会社へ連絡等に関して判断し対応します。
- ⑤ 事故の内容に応じ、「事故検討会」を開催し、原因分析、改善案立案を行い、  
今後の再発防止に努めます。

- ⑥ 家族からの苦情等については、管理者を交渉窓口とし、保険会社と連携をとりながら、誠意をもって対応します。

尚、事業者側の責任により事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。また利用者の責任において事業者が損害を被った場合は、利用者および家族がその損害を賠償するものとします。

・事業所が加入している損害賠償責任保険

保 険 会 社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
---------	--------------------

### 1 1. サービス内容に関する苦情処理体制

申立先	デイサービスみやまき
連絡先	TEL : 0774-63-6255      FAX : 0774-63-6256
受付曜日・時間	月曜日から土曜日までの毎日、8時30分～17時15分
担当者	苦情解決責任者：管理者      浅見 有紀 苦情受付担当者：生活相談員
<p>① 苦情受付担当者が苦情申出の窓口として対応する。なお、相談に訪問した利用者及びその家族のプライバシーと秘密の保持に十分配慮する。</p> <p>② 苦情受付担当者は、苦情内容、苦情申立者の意向を確認、記録し、その内容を苦情解決責任者へ報告する。</p> <p>③ 苦情解決責任者は、苦情内容の報告を受け、その場で解決できると判断される事項については、苦情申立者と協議し、解決を図る。</p> <p>④ 当事業所以外でも、下記の窓口で苦情・相談の受付をしております。</p> <p>＜市町村における相談・苦情窓口＞ 市町村名：京田辺市 所在地：京都府京田辺市田辺80番地 担 当：高齢介護課 電話番号：0774-63-1122（代表）      FAX：0774-63-4781</p> <p>＜京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口＞ 電話番号：075-354-9090      FAX：075-345-9055</p>	

## 12. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医名	
	連絡先	電話
ご家族	氏名	
	連絡先	電話
ご家族	氏名	
	連絡先	電話

## 13. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的（消防、風水害、地震等）計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定めておくとともに、非常災害に備えるために、年2回、定期的に避難、救出訓練を行います。

認知症対応型通所介護及び予防介護認知症対応型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面を交付し、重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒610-0313 京都府京田辺市三山木中央四丁目6番地6
	名称	医療法人芳松会 デイサービスみやまき 代表者 小川 純達 ㊞
	説明者	㊞

私は、契約書及び本書面を受領し、事業者から認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護について、重要事項の説明を受け、これに同意します。

利用者	住所	〒 —
	氏名	
代理人	住所	〒 —
	氏名	